155

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE

Année 1919 THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Aristide MÉRIADEC

Vitiligo & Syphilis

Président : M. le Professeur ACHARD

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — Paris (VIe Ar)
PARIS
1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. G.-H. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE WIDAL. GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE. PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU LEJARS. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE. RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ HENRI	MOCQUOT	SCHWARTZ (Anselme
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	TANON
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OKINCZYC	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	OMBREDANNE	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RATHERY	ZIMMERN
		RETTERER	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

A Monsieur le Professeur S. LE MONIET

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A L'ÉCLOE DE MÉDECINE DE RENNES

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

A Monsieur le Professeur LE DAMANY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

Au Docteur LENOBLE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE BREST

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

VINCENT MÉRIADEC

LIEUTENANT AU 256e RÉGIMENT D'ARTILLERIE

TUÉ A L'ENNEMI LE 23 JUIN 1917

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL NECKER

Chevalier de la Légion d'honneur

VITILIGO ET SYPHILIS

Généralités. — Le Vitiligo est une affection de la peau essentiellement caractérisée par certaines irrégularités de la répartition du pigment normal de celle-ci : c'est une dyschromie d'origine pigmentaire.

Cliniquement, elle est connue depuis fort longtemps. Cependant, comme nous le verrons, les anciens auteurs grecs et latins confondaient le vitiligo avec les taches blanches qu'on rencontre dans une variété de lèpre dite « lèpre blanche » ou « morphée blanche », et ce n'est qu'au cours du siècle dernier que son individualité s'est précisée.

Mais, ce qui dans l'histoire du vitiligo mérite particulièrement d'attirer l'attention, ce sont les différentes théories patnogéniques qu'on a émises à son sujet, et surtout celles qui sont nées ces quinze dernières années.

La syphilis incidemment soupçonnée autrefois dans l'étiologie du vitiligo, tend actuellement de plus en plus à être incriminée en tant que facteur plus ou moins

direct. Et les documents, appuyés sur la clinique et les résultats fournis par les procédés récents de laboratoire, constituent, dans de nombreuses observations, des preuves souvent manifestes de l'origine syphilitique du vitiligo.

Ayant eu l'occasion, récemment, de rencontrer 3 cas de vitiligo dans lequel la syphilis parait jouer un rôle étiologique évident, il nous a paru intéressant d'étudier à ce propos l'histoire clinique du vitiligo, surtout les différentes théories pathogéniques qu'on a émises et, en particulier, les rapports actuels que l'on établit entre le vitiligo et la syphilis.

Historique. — Le mot vitiligo vient du latin *vitilus* (petit veau) : on avait désigné ainsi cette affection à cause de l'analogie que présentaient, dans leur disposition et leur aspect, les taches du vitiligo avec la robe tachetée des jeunes veaux.

D'ailleurs, au début, son histoire se confond le plus souvent avec celle de la lèpre.

Dans la période moderne, Alibert classe le vitiligo dans les dermathoses dyschromateuses.

Rayer en fait une leucopathie.

Gintrac (1859) le décrit tel que nous le concevons aujourd'hui.

Hardy pense qu'il est congénital.

Bazin pense que le vitiligo pigmentaire est un vitiligo développé chez les syphilitiques.

Les auteurs modernes n'ajoutent rien à la descrip-

tion clinique, mais discutent surtout sa pathogénie.

Symptomatologie. — Le vitiligo est une dyschromie, caractérisée par des taches rondes ou ovalaires, lisses, entourées d'une aréole foncée, ayant tendance à s'accroître (pas toujours cependant) sans aucun trouble de la peau à leur niveau, et, en particulier, sans aucun trouble de la sensibilité.

Le début est insidieux.

On observe d'abord, en un point quelconque des téguments, une ou plusieurs petites taches au niveau desquelles la peau perd sa coloration normale et devient blanche.

Au pourtour de cette zone décolorée on observe une zone hyperpigmentée : tout se présente comme si le pigment disparu au centre de la tache était refoulé vers la périphérie.

Il y a deux associations ou deux lésions : achromie et hyperchromie.

Au début, les taches sont petites, isolées ; puis, après un temps variable, elles se joignent et se fondent devenant des taches plus étendues à contours plus ou moins arrondis, avec bordure hyperpigmentée.

Et, à la longue, ce sont les parties hyperpigmentées qui attirent l'attention.

La forme des taches est assez irrégulière ; de même leur étendue et leur disposition peuvent varier beaucoup.

Mais ce qui caractérise avant tout la lésion, c'est,

au centre, une partie uniformément blanche, entourée d'une bordure hyperchromique allant en dégradant vers la peau saine.

La sensibilité n'est nullement troublée. Parfois cependant on pourrait observer, comme l'ont noté Landouzy et Thibierge un long retard de la secrétion (au niveau de la plaque vitiligineuse), après l'injection de pilocarpine.

Si les taches de vitiligo se produisent sur une région où il y a des poils, ou des cheveux, ou de la barbe, on observe souvent une décoloration complète.

Le vitiligo s'observe le plus souvent au niveau des organes génitaux (bourses et fourreau de la verge chez l'hommes, grandes lèvres chez la femme), dos des mains et des bras, cou et tronc. Parfois, enfin, on peut voir une disposition symétrique. Enfin, tendance générale à l'extension. Durée très longue. Exceptionnellement, atténuation ou disparition spontanée : parfois sous l'influence d'un traitement spécifique dans certains cas que nous étudierons plus loin.

Pronostic bénin. — Le facteur esthétique seul, entre en jeu, en particulier chez la femme, surtout dans les cas de vitiligo étendu ou généralisé.

Diagnostic. — Deux questions à traiter :

1° Diagnostic positif ;

2° Diagnostic étiologique. — Nous étudierons celui-ci à propos de l'étiologie et de la pathogénie de Vitiligo.

Quant au diagnostic positif, il ne présente en général pas de difficultés.

On se basera sur les caractères essentiels du vitiligo, à savoir l'achromie centrale et l'hyperchromie périphérique. Absence complète de troubles de la sensibilité.

Et ceci permettra de différencier les taches de vitiligo des taches achroniques de la lèpre maculeuse. (Nous avons déjà dit que pendant longtemps on avait confondu les deux affections.)

Dans la lèpre maculeuse, en effet, ou lèpre nerveuse, la tache décolorée ne présente pas de pourtour hyperchromique. Et, de plus, signe capital, on constate le plus souvent, d'une façon très nette à son niveau, une anesthésie marquée.

Les syphilides pigmentaires. — (Cette syphilis pigmentaire représente une seule forme de syphilis, ou bien comme le pensent Darier et Brocq, il y en a deux sortes : une syphilis pigmentaire primitive et une syphilis pigmentaire secondaire à éruptions peu apparentes.)

D'après Fournier la pigmentation respecte des îlots de peau saine qui gardent leur aspect normal : ces îlots comme des mailles fines les encadrent, elles sont irrégulières, ovalaires ou arrondies, comparables à une pièce de 50 centimes.

Cette disposition aréolaire ou « en résille » est tout à fait caractéristique.

La différence avec les plaques vitiligineuses montre la disposition que nous venons d'indiquer, consiste sur-

tout en ceci, à savoir que les téguments sains, comme le dit Fournier, ont une apparence vitiligineuse, mais ce sont les tons noirs qui font « valoir » les tonalités plus claires que l'on croirait achroniques : or, Fournier n'admet cette achromie, ou cette hyperchromie que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Pour faire cette différenciation il conseille d'employer le procédé de la carte de visite.

Si l'on fait un trou circulaire dans une carte de visite dit-il, et si l'on examine par cet orifice la partie « paraissant achromique » d'une tache de syphilis pigmentaire, puis, si l'on examine ensuite de la même façon et immédiatement après, une zone quelconque de peau saine, on peut constater que la coloration observée est exactement la même.

Ce qui tend bien à montrer, d'après cet auteur, que dans la syphilis pigmentaire, la lésion consiste dans une hyperchromie en grillage circonscrivant des intervalles de peau saine.

Enfin l'examen histologique pourrait aussi montrer l'intégrité de la partie blanche (nous aurons l'occasion de voir plus loin que ces résultats histologiques n'ont pas été confirmés par tous les auteurs).

Dans certains cas enfin de syphilis pigmentaire, on peut rencontrer d'autres symptômes de la période secondaire de la syphilis (céphalée spéciale, plaques muqueuses, etc...) bien que les syphilis pigmentaires étant très tenaces peuvent exister seules alors que les autres, anodines, ont déjà disparu. On voulut placer la vitiligo

dans la syphilis pigmentaire ; mais d'après Parturier, cette opinion qui assimile cette syphilis à un vitiligo serait uniquement basée sur une illusion d'optique.

Le diagnostic est beaucoup plus difficile, avec une variété de syphilis pigmentaire, décrite par Fournier en 1893 sous le nom de Leucomélanodermie.

« Dans ces cas, en effet, comme le dit Fournier, il y a association à peu près égale entre les deux troubles opposés de pigmentation, de sorte qu'il est impossible de subordonner l'un à l'autre et qu'il faut tenir compte des deux. »

Pratiquement, d'ailleurs, on tend à admettre que la leucomélanodermie est restée une exception, en France du moins, et en tant qu'affection primitive, telle que l'a décrite Fournier.

Et si, en Algérie, certains auteurs ont rencontré et décrit des lésions sous ce nom, Pautrier pense qu'il s'agirait de troubles de la pigmentation au niveau de cicatrices de lésions spécifiques (certaines hypo ou hyperpigmentations, donc une affection secondaire).

En réalité, comme on ne connaît actuellement que les deux observations de Fournier et une observation de Pautrier, on peut admettre que le diagnostic de leucomélanodermie sera toujours un diagnostic d'exception et, le plus souvent, le diagnostic devra être tranché soit en faveur de la syphilis pigmentaire simple, soit en faveur du vitiligo.

Les caractères différentiels que nous venons d'étudier permettent aussi, en général, de distinguer facile-

ment les plaques vitiligineuses des différentes taches cicatricielles consécutives à des éruptions syphilitiques anciennes (dans ces cas, d'ailleurs il y a achromie et absence d'aréole pigmentaire périphérique).

Même remarque pour les taches cicatricielles persistantes après furoncles echtyma, lésions traumatiques peu profondes.

Dans la maladie d'Addison, il y a hyperpigmentation très étendue, et la disposition est très différente : ce ne sont pas des hyperchromies circonscrites. Enfin tous les autres symptômes, en particulier l'asthénie, l'hypotension, les troubles gastro-intestinaux, etc..., ne permettent pas de commettre la confusion.

Dans le pityriasis versicolor on a affaire à une éruption légèrement squameuse, couleur café au lait, bien différente du vitiligo.

Enfin, nous éliminerons très facilement aussi les différentes mélanodermies survenant sur un membre variqueux, les mélanodermies d'origine toxique (arsenic) ou les mélanodermies localisées pouvant affecter certaines régions (bourses, fourreau de la verge).

Anatomie pathologique. — L'abondance de pigment de la peau est très variable suivant les régions : certaines régions sont hyperchroniques (bourses).

Le pigment cutané siège dans le derme et l'épiderme : dans l'épiderme les granulations de mélanine occupent les cellules de la couche basale et s'accumule autour du noyau.

Les poils et cheveux renferment aussi, surtout dans la couche corticale, des granulations pigmentées intra-cellulaires.

Dans le derme, au niveau des papilles et du plexus sous-papillaires on trouve des éléments fusiformes, allongés, chargés de granulations pigmentaires.

Dans les cas d'hyperpigmentation de la peau, elle peut être surtout dermique, ou surtout épidermique ; mais, en général, il y a coexistence en proportion variable dans le derme et l'épiderme.

Au niveau des lésions du Vitiligo, on constate l'absence de granulations pigmentaires dans les cellules profondes du réseau muqueux, dans les tâches décolorées. Au contraire, il y a exagération du pigment au niveau de la zone périphérique : tout se passe comme si le pigment de la zone centrale avait été refoulé à la périphérie.

Quant aux différentes variétés de pigment, on sait que dans la peau on peut en rencontrer trois sortes :

1° Le pigment ocre (hémosiderine de Neumann) qui présente chimiquement les réactions du fer : on ne le rencontre que dans les tâches pigmentaires post-hémorrhagiques (granulations intra-cellulaires dans le derme).

2° Le pigment palustre qu'on ne rencontre que dans la malaria (résulte d'une élaboration de l'hémoglobine dans le corps même des parasites de Laveran).

3° *Le pigment noir* ou mélanine : c'est le pigment normal de l'épiderme et des poils, c'est celui qu'on

rencontre dans la maladie d'Addison, les taches pigmentées et, en particulier, dans le vitiligo.

Enfin lésions anatomiques des nerfs cutanés de la plaque vitiligineuse, décrit par Déjerine.

Nous verrons que ces faits ont contribué à établir la pathogénie nerveuse du vitiligo.

Etiologie, Pathogénie. — Le vitiligo est une affection acquise : c'est une altération accidentelle du pigment.

Les altérations congénitales doivent être classées dans l'*albinisme*, soit abinisme généralisé, soit albinisme partiel, qui a été décrit sous le nom de vitiligo congénital.

On le rencontre surtout à l'âge moyen de la vie, de préférence chez les sujets bruns et chez les races de couleur.

D'une façon générale, comme le fait remarquer Darier, il s'observe surtout sur les téguments « préalablement hyperchromisés ».

Certaines causes locales favorisantes : les pressions continues, par exemple, par bandage herniaire.

Le terrain jouerait un rôle pour Jaccoud, et certaines dispositions diathésiques pourraient être incriminées, par exemple la *goutte*.

« J'ai rencontré si fréquemment des taches de vitiligo associées à la goutte que, lorsque je les rencontre, je m'informe momentanément si les personnes qui présentent ces taches n'éprouvent pas quelqu'autre symp-

tôme de goutte, et, le plus ordinairement la réponse est affirmative : c'est là une conséquence de la diathèse goutteuse qui n'a pas été suffisamment signalée.

Pour Bazin (1862), qui pense que la syphilis pigmentaire est un vitiligo développé chez les syphilitiques, on en rencontre dans trois catégories :

1° Les syphilitiques ;

2° Les arthritiques ;

3° Les sujets exempts de tout vice constitutionnel.

Cependant, les troubles du système nerveux ont été entrevus déjà par les auteurs anciens :

Lecat (1765) soupçonne cette pathogénie nerveuse.

Plus tard, et successivement Leloir, puis Dejerine-Pitres remarquent la fréquence du vitiligo chez les aliénés, dans les cas de paralysie générale, d'ataxie, etc.

Delacour, dans sa thèse en 1714, réunit plusieurs faits attestant l'influence du système nerveux dans la pathogénie du vitiligo.

I° Influence du système nerveux central.

Dans certains cas, le vitiligo est apparu plus ou moins rapidement à la suite d'un accident, d'une terreur ou d'une émotion vive.

Chez des nerveux (Thibierge), ou bien dans les lésions très caractérisées du système nerveux central, telles que ataxie locomotrice, syringomyélie. On l'a signalé dans l'épilepsie, l'aliénation mentale et le goître exophtalmique.

Enfin, on a rapporté des observations de vitiligo chez des péladiques, et, dans ces cas, les deux affections

relvêeraient d'une même pathogénie nerveuse.

2° Influence du système nerveux périphérique.

Le vitiligo a été signalé à la suite de névrites périphériques, de névralgies (rappelons à ce propos le cas de du Castel qui a observé un vitiligo de a face chez un malade atteint d'une névralgie faciale).

Parfois, rarement, les plaques vitiligineuses ont affecté la disposition topographique de la métamérie spinale (observation de Souques).

D'ailleurs Dejerine a appuyé cette pathogénie nerveuse en suivant les lésions anatomiques des nerfs, comme nous l'avons vu.

Mais, comme le dit Gaucher (1900), la pathogénie n'est que le mode d'action des causes, et les causes vraies du vitiligo n'ont pas été déterminées.

Dans certains cas, on a incriminé des troubles de la nutrition avec insuffisance d'oxydation des matières azotées et diminution notable de l'urée excrétée. Dans ce cas la cause serait une auto-intoxication qui agirait directement sur les nerfs cutanés et produirait la dyschromie.

Tout autre substance toxique, d'ailleurs, pourrait agir par le même mécanisme pour déterminer l'atrophie ou l'hypertrophie du pigment cutané (exemple la méladonermie arsénicale).

Et si les substances toxiques exogènes ou endogènes sont capables de produire, par l'intermédiaire du système nerveux, les troubles de la pigmentation, en général dont le vitiligo n'est qu'un cas particulier, il est

assez logique d'admettre que les poisons microbiens peuvent agir de même et avoir les mêmes effets (à l'appui de cette théorie, citons les taches achromiques de la lèpre, les achromies et les hyperchromies de la syphilis. Il y avait donc dans ces cas altération nerveuse d'origine toxi-infectieuse.

L'intoxication syphilitique pourrait, comme toutes les intoxications, donner lieu à des altérations pigmentaires de la peau. (Gaucher : Étiologie du Vitiligo. *Revue de Médecine*, décembre 1900.)

D'ailleurs, si l'on songe avec quelle facilité et avec quelle fréquence le système nerveux tout entier se trouve atteint par la syphilis, si l'on songe aux légions cutanées d'ordre pigmentaire si fréquemment observées dans la syphilis on ne peut qu'être tenté d'incriminer la syphilis comme cause du vitiligo.

Cette hypothèse, comme nous le verrons, est actu-e ment basée sur des preuves d'ordre clinique et sur des résultats précis de laboratoire.

Ce rôle cependant, n'est pas admis par tout le monde. Nous sommes donc amenés à étudier comment on est arrivé à considérer la syphilis comme un facteur important du vitiligo. Nous exposerons les idées des auteurs qui ont particulièrement étudié cette question ; nous rapporterons leurs observations auxquelles nous ajouterons trois observations de vitiligo très probablement syphilitique.

LA SYPHILIS ET L'ÉTIOLOGIE DU VITILIGO

Ces rapports étaient déjà soupçonnés depuis longtemps (ou du moins leur coexistence avait été constatée.)

Il y a deux périodes dans cette histoire :

1° Avant 1902 (communication de MM. P. Marie et Crouzon à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.)

2° A partir de 1902.

1° *Avant 1902.* — Bazin (1862) pense que la syphilis pigmentaire est un vitiligo développé chez les syphilitiques.

Dunkan Bulkley (1878) dans les *Archives of Dermatology* signale la coïncidence du vitiligo avec l'ataxie, insiste sur la fréquence de leur coexistence ; mais il n'établit pas de rapports de cause à effet entre les deux affections qu'il croit indépendantes.

Chabrier (1880), dans une étude sur le vitiligo, fait rentrer dans le chapitre « Etiologie » différentes causes parmi lesquelles on trouve sur le même plan : le

paludisme, la fièvre typhoïde et les maladies de cœur.

Pour la syphilis en particulier il pense que ce sont des faits exceptionnels et il croit aussi qu'il y a seulement coïncidence.

Leloir (1881) rapporte l'observation d'une syphilis avec méningo-myélite cervicale chronique accompagnée d'atrophie du membre supérieur droit, de troubles trophiques et d'arthropathie de la main, chez lequel on a pu constater l'apparition de plaques vitiligineuses au niveau des doigts et de la main.

Lebrun (1885) rapporte deux observations de vitiligo chez deux tabétiques et deux autres cas de vitiligo chez des syphilitiques avérés.

Tennesson (1889) rapporte à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie un cas de vitiligo survenu au cours d'une syphilis secondaire. Il s'agit d'un homme chez lequel apparaît un vitiligo deux ans après le début de la syphilis ; huit ans après surviennent des accidents cérébraux : céphalalgie, troubles psychiques, hémiplégie. Mais, s'il ne se prononce pas sur les rapports existants entre les deux affections.

Besnier et Doyon (1891) traduisent les leçons de Kaposi. Ils se demandent seulement s'il n'y aurait pas lieu d'insister davantage sur l'étiologie syphilitique du vitiligo.

Thibierge (1891) signale un cas de vitiligo dans le tabès, à la période pré-ataxique, alors que le malade n'attire l'attention sur rien, et il dit qu'il peut mettre

sur la voie du diagnostic de tabès. Et Thibierge voit là plus qu'une coïncidence.

Du Castel (1892) rapporte un cas de vitiligo coïncidant avec une leucoplasie linguale.

Rey, d'Alger (1896) publie deux observations de syphilis avec coexistence de vitiligo, mais il n'en tire aucune conclusion nette.

A peu près à la même époque, voici ce que disait M. Brocq : « J'ai signalé l'existence du vitiligo chez un grand nombre d'anciens syphilitiques et la probabilité d'un rapport entre ces deux affections, tout en maintenant que le plus souvent il est impossible de trouver de la syphilis acquise ou héréditaire chez les vitiligineux ; mais ces assertions paraissent si révolutionnaires qu'on ne les reproduisit même pas dans le compte-rendu de nos séances.

Gaucher (1900) émettait les opinions que nous avons rapportées plus haut.

Souques (1902) rapporte l'observation d'un malade chez lequel il a constaté une parésie de la corde vocale gauche avec voix bitonale, du signe d'Argyll, du myosis bilatéral et du vitiligo.

Or, nous savons (Babinski et Charpentier) que l'abolition seule du réflexe lumineux peut se rencontrer chez les syphilitiques en dehors du tabès et de la paralysie générale.

Dans ce cas, Souques rattache le signe d'Argyll et la dyschromie cutanée à une cause, la syphilis.

Dans le cas de coexistence avec le tabès on se de-

mande si c'est un trouble trophique relevant du tabès, ou bien si c'est un trouble cutané dépendant de la syphilis au même titre que le tabès.

2° *Après 1902. (Communication de P. Marie et Crouzon)*

M. P. Marie ayant eu l'occasion de voir depuis déjà quelques années plusieurs cas de vitiligo chez des sujets manifestement syphilitiques, s'est demandé s'il n'existait pas de relations directes entre la syphilis et le vitiligo très étendu, coïncidant avec une leucoplasie linguale et une certaine diminution des réflexes pupillaires et rotuliens, est venu corroborer cette manière de voir.

A l'occasion de cette remarque P. Marie s'est mis à rechercher si, chez les vitiligineux, hospitalisés à Bicêtre, il ne retrouverait pas également quelques traces de syphilis, quelque manifestation pouvant être rapportée à une vérole antérieure, avérée ou méconnue.

Voici l'observation rapportée à ce sujet :

Le nommé M... âgé de 63 ans, administré de l'hospice de Bicêtre, présente un vitiligo étendu aux mains, à la ceinture et aux cuisses. On constate au niveau des mains jusqu'aux poignets une accentuation de la pigmentation normale parsemée de tâches décolorées, et, à partir des poignets, la peu est absolument blanche, sans ilot pigmenté, de telle sorte qu'il est difficile de dire si c'est là une région de coloration normale, ou si ce n'est pas une vaste plaque d'achromie prenant tout le bras jusqu'à l'aisselle et montant jusqu'au cou. La pigmenta-

tion du cou est très accentuée, peut-être au-dessus de la normale. Au niveau de l'abdomen se trouvent des plaques allongées dans le sens transversal à l'endroit où frottent la ceinture du pantalon et la ceinture de cuir que le malade a coutume de porter. On constate au cou d'autres plaques achromiques disséminées à la partie inférieure de l'abdomen et à la partie supérieure des deux cuisses.

Il n'existe pas de troubles de la sensibilité au niveau des plaques achromiques.

On constate au niveau du thorax et de l'aisselle à gauche une quantité de poils moindre qu'à droite : cette asymétrie serait congénitale d'après le malade ; elle ne se trouve pas, du reste, au niveau du pubis et de l'abdomen.

Ce malade présente, en outre, des lésions leucoplasiques de la bouche ; elles occupent les lèvres supérieures et inférieures, les commissures, la face interne des joues et la langue.

Ce malade est grand fumeur : il nie la syphilis. Il n'a jamais eu aucune maladie, aucune affection génitale, ni cutanée.

Il s'est aperçu il y a une vingtaine d'années que ses mains se décoloraient par place ; mais jamais il n'avait remarqué que sa langue et ses lèvres fussent blanches. Marié, il n'a jamais eu d'enfants, et sa femme n'a jamais fait de fausses couches ; ils avaient cependant, tous deux, grand désir d'avoir des enfants.

Depuis plusieurs années sa vue est faible, il peut ce-

pendant très bien se conduire ; l'acuité visuelle pour l'œil droit est de 1/40 (il compte à peine les doigts à 50 centimètres). Pour l'œil gauche, elle est de 1/10 (il les compte difficilement à un mètre).

Les pupilles sont très étroites et elles réagissent faiblement à la lumière. peut-être même la droite ne réagit-elle pas du tout ; elles sont légèrement déformées. A l'ophtalmoscope on constate, pour l'œil droit et pour l'œil gauche des pupilles atrophiques. Pour l'œil droit, la pupille est atrophiée à toute son étendue, sans rétrécissement notable des vaisseaux. On note dans la moitié temporale de la pupille, tout autour du rebord papillaire des taches pigmentées, pathologiques.

Ce malade ne présente pas de signes tabétiques nets : le réflexe achilléen droit est faible, sinon absent, mais le réflexe gauche existe et les réflexes rotuliens sont plutôt forts.

Pas de signe de Romberg.

Pas de troubles vésicaux.

A ce propos, P. Marie rapporte une observation due à M. du Castel, assez analogue à celle-ci (Société de Dermatologie 11 février 1892) dans laquelle il s'agit d'un adulte qui présentait depuis l'âge de 3 ans, des plaques de vitiligo généralisé, et, depuis l'âge de 12 ans, une leucoplasie buccale. Ce malade est, de plus, un nerveux, ayant eu des crises nerveuses dans l'enfance, possédant des réflexes très exagérés. Et M. du Castel conclut en se demandant s'il existe entre ces deux affections une relation et quelle elle est.

Et P. Marie se demande s'il n'est pas possible d'aller plus loin et s'il n'est pas logique d'affirmer des relations de cause à effet entre le vitiligo et la syphilis.

« Prenons par exemple, dit-il, les cas dont il vient d'être question, dans lesquels le vitiligo coïncide avec une leucoplasie buccale : ces cas apportent des arguments sérieux en faveur de notre thèse.

En effet, dans la discussion du Congrès international de Dermatologie (1900) sur les leucoplasies, après un rapport de M. Perrin, si la plupart des auteurs ont dit que la leucoplasie était due à une inflammation chronique provoquée et entretenue par des irritations prolongées et réitérées, ils ont tous, ou presque tous indiqué une prédisposition particulière due à la syphilis.

Antérieurement déjà, certains auteurs, Baumès, Sigmund (1863), Kaposi (1866) avaient fait de la leucoplasie buccale une manifestation constante de la syphilis.

En 1900, M. Gaucher soutint une opinion semblable : « La leucoplasie linguale est toujours une affection d'origine, sinon de nature syphilitique. »

Et la présence de leucoplasie sur les malades dont nous avons parlé, doit donc nous faire affirmer presque à coup sûr qu'ils sont syphilitiques, et dès lors nous sommes amenés à penser que le vitiligo, aussi est, dans ces cas, fonction de syphilis.

Et M. P. Marie rapporte les observations dont nous avons déjà parlé, ainsi que les opinions de Tennesson, Leloir, Chabrier, Lebrun, Thibierge.

Il rappelle aussi qu'en mars 1902, diverses observations communiquées à la Société de Neurologie par MM. Ballet et Bauer, concernaient entre autres deux malades avec lésions vitiligineuses symétriques coïncidant avec un syndrome tabétique (quoique la syphilis avérée n'ait pu être retrouvée dans les antécédents).

Déjà en mars 1902, P. Marie rappelle qu'à cette époque (avec G. Guillain) il a présenté un malade ayant du vitiligo des mains, du cuir chevelu, de la nuque, du front, du cou, de la région sacrée et de la région abdominale inférieure, et sur lequel, quoiqu'on ne puisse retrouver de syphilis, on constate des maux perforants des deux pieds, de l'abolition des réflexes achilléens et rotuliens, et de l'incontinence des urines.

« Ce groupe de faits démontre donc à notre avis, que le vitiligo, dans certains cas, est lié plus ou moins directement à la syphilis. A priori, cette manière de voir n'a rien de subversif, si l'on veut bien se souvenir de la prédilection avec laquelle le système nerveux dans toute son étendue se trouve frappé par la syphilis, et, dans le même ordre d'idées si l'on se rappelle avec quelle fréquence la vérole détermine les achromies ou les dyschromies pigmentaires ».

Après ces conclusions de P. Marie, une discussion s'est engagée, et nous devons rapporter les différentes opinions des auteurs qui y ont pris part.

M. Darier pense qu'il y a des cas où l'origine syphilitique du vitiligo est évidemment inadmissible ; parfois au contraire, elle apparaîtrait comme très vraisembla-

ble. Il cite le cas d'une femme de 35 ans chez laquelle le vitiligo avait débuté depuis deux ans, et dont la langue présentait des lésions de leucoplasie et une sclérose superficielle épithéliale imposant le diagnostic de syphilis. Elle ne présentait pas d'autres signes de syphilis, mais elle avait été mariée pendant 17 ans à un syphilitique avéré.

Et M. Darier conclut en disant qu'il serait intéressant de rechercher systématiquement les antécédents syphilitiques dans tous les cas de vitiligo.

M. Brocq rappelle qu'il a déjà soulevé cette question quelques années auparavant et qu'il est heureux de voir qu'elle reçoit une confirmation.

M. Renaut pense que, dans les faits de ce genre, il s'agit d'une simple coïncidence et il signale un malade de son service atteint de vitiligo des organes génitaux depuis son enfance et qui, tout récemment, vient de contracter la syphilis.

M. Fournier pense que la question ne peut pas être tranchée ainsi d'emblée et qu'il faut étudier et voir toutes les anciennes statistiques.

Après cette communication de M. P. Marie et Crouzon, l'attention est de plus en plus attirée sur l'étiologie syphilitique du vitiligo et différents auteurs publient des observations favorables à cette conception pathogénique.

En 1904, dans la *Pratique dermatologique* il est parlé du rôle probable de la syphilis dans un certain nombre de vitiligo.

Enfin, dans certains cas, et en particulier celui rap-

porté par M. Darier, deux séries de six injections mercurielles ont fait pâlir un vitiligo, au point qu'il était devenu difficile à distinguer ce qui est en faveur de son origine spécifique.

Pautrier en 1904 pense que l'origine syphilitique est de plus en plus probable.

Thibierge en 1905 publie cependant trois observations de vitiligo antérieurs à une syphilis acquise : donc la syphilis est une cause, mais pas la seule.

Il insiste aussi sur la difficulté à distinguer le vitiligo de certaines zones décolorées persistant après guérison de syphilides ulcéreuses, entourées d'une zone hyperpigmentée qui s'étale et diminue à la périphérie par dégradation insensible.

En 1907. Thèse de Mlle Grunspan.

En 1909. Dans son précis de dermatologie, Darier dit : « Il n'y a pas, pour le moment, de vitiligo syphilitique. »

En 1909. Gaucher revient sur l'étiologie toxique en général du vitiligo.

P. Marie et Grouzon. 1912 (Société Médicale des Hôpitaux, juillet 1912), rapportent un cas de vitiligo coexistant avec des lésions syphilitiques typiques papulo-squameuses tertiaires.

Apparition simultanée, sans qu'on pût déceler aucun autre antécédent spécifique.

Thèse de Gros (1913) sur les pigmentations dans la syphilis et leur rapport avec le vitiligo.

Ses conclusions sont les suivantes : après Pautrier

il identifie la leucomélanodermie de Fournier avec le vitiligo.

Et il pense que la syphilis peut produire d'une façon primitive une dyschromie cervicale identique, morphologiquement, à celle qui succède à des macules ou des papules et sans doute produit-elle aussi primitivement certaines formes de vitiligo.

Guillain et Laroche (Société médicale des hôpitaux, janvier 1914). Les auteurs pensent que la constatation d'un vitiligo peut orienter le diagnostic d'un syndrome douteux vers une origine syphilitique, et, à l'appui de leur opinion, ils rapportent le cas d'un homme à propos duquel un vitiligo généralisé a permis d'affirmer l'origine syphilitique d'une paraplégie spasmodique, alors que toute syphilis passée était méconnue.

Nous résumons cette observation qui est très instructive :

Il s'agit d'un homme de 38 ans, présentant un vitiligo généralisé et une paraplégie spasmodique des membres inférieurs, pour laquelle il rentre à l'hôpital Saint-Antoine en 1913.

Le vitiligo apparaît en août 1907, sous forme de petites taches blanchâtres sur la face dorsale des mains. Bientôt elles augmentent en nombre et en étendue, et le vitiligo envahit ensuite le cou et la face, le reste des téguments restant indemne.

En août 1908 apparaissent sur le scrotum, l'abdomen, le dos et les membres inférieurs, d'autres taches vitiligineuses.

Actuellement, le vitiligo est généralisé ; à la face en particulier, la racine du nez est complètement décolorée ; en bas cette tache est limitée par un liseré brun très foncé barrant horizontalement la partie horizontale du nez.

Autour des orbites, même décoloration caractéristique et à la partie moyenne du front et sur tout le pourtour de la bouche.

Sur le fond d'hyperpigmentation générale du cou se détachent quelques plaques blanches, dont deux à la partie antérieure, de la dimension d'une pièce de cinq francs.

Peu de chose sur le thorax.

Sur l'abdomen « grosse tache pigmentaire ».

En arrière, la colonne vertébrale présente une zone dépigmentée s'étendant de la région cervicale jusqu'à la région sacrée sur une largeur de quatre travers de doigts.

Grandes plaques blanches sur le scrotum et la verge ; à leur niveau, les poils sont décolorés, blancs et contrastent avec ceux qui sont implantés sur la région hyperpigmentée.

Aux aisselles : poils dépigmentés.

Moustaches, sourcils et cheveux indemnes.

Sur les membres inférieurs, plaques blanches disséminées avec liseré brunâtre.

Certaine symétrie dans la disposition des zones dépigmentées, en particulier aux aisselles, aux aines et sur les membres.

Ce malade présente, en outre, une paraplégie spasmodique qui débuta en mai 1907.

De 1909 à 1912, sensation de fatigue dans les membres inférieurs : quelques douleurs lombaires. Les phénomènes s'accentuent et le malade rentre à l'hôpital Saint-Antoine en décembre 1913.

A l'examen, paralysie peu marquée : le malade soulève ses membres au-dessus du plan du lit ; légère diminution de la force des muscles fléchisseurs.

Démarche très spasmodique : marche à petits pas, les membres raides, avec une sensation de pesanteur dans les membres.

Réflexes rotuliens très exagérés et aussi les réflexes achilléens.

Clonus du pied et clonus de la rotule.

Signe de Babinski bilatéral.

Réflexes des membres supérieurs normaux.

Quelques troubles légers de la sensibilité.

Légère inégalité pupillaire, mais pas de signe d'Argyll.

Troubles sphinctériens peu accentués : seulement quelques difficultés de la miction.

Wassermann très positif du sang et le liquide céphalorachidien.

Ponction lombaire : liquide hyperalbumineux sans lymphocytose.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels : aucun symptôme de syphilis héréditaire ou acquise.

Donc, d'après l'interrogatoire seul du malade et

l'examen physique, on ne pourrait faire que la supposition de myélite transverse sans pouvoir en spécifier l'origine exacte.

La présence d'un vitiligo permit de songer à la possibilité d'une lésion syphilitique du système nerveux. La réaction de Wassermann est venu confirmer d'une façon absolue l'étiologie déjà présumée par l'existence du vitiligo.

On sait, d'autre part, que l'hyperalbumine sans lymphocytose est une dissociation qui peut fort bien exister dans la syphilis nerveuse, à certains stades de son évolution.

El les auteurs, notamment, insistent sur l'importance thérapeutique que peut avoir la notion des rapports du vitiligo avec la syphilis.

Dans ce cas, même en l'absence du wassermann, le vitiligo aurait pu faire soupçonner l'origine et faire instituer le traitement nécessaire.

Grouzon et Foix (Société Médicale des Hôpitaux, 1er mai 1914) rapportent une observation intéressante en ce sens qu'elle pose la question de l'origine syphilique dans certaines formes juvéniles du vitiligo.

Jeune fille dont la mère présente des signes évidents de syphilis nerveuse en évolution.

Résumé. — Jeune fille de 19 ans présentant un vitiligo très étendu, absolument typique, avec une certaine tendance à affecter une disposition symétrique.

Début à l'âge de 10 ans ; depuis, les taches ont grandi.

Examen des viscères et du système nerveux : négatif.

Recherche des stigmates d'hérédo-syphilis : aucune cicatrice suspecte ; mais palais ogival et altérations dentaires : les incisives supérieures sont irrégulières, convergentes à bord crénelés, comme éraflées d'un coup d'ongle.

Wassermann négatif.

Examen de la mère. — Vient consulter pour une arthrite du genou, survenue de façon presque indolente : aspect de l'arthropatie tabétique.

Recherche des autres signes du tabès : douleurs fulgurantes des membres inférieurs survenant par crises espacées.

Pas de crises gastriques.

Sensations vertigineuses, avec dérobement des jambes.

Signe de Romberg, un peu d'instabilité de la marche, sans véritable ataxie.

Irrégularité pupillaire par mydriase droite.

Réflexe à l'accommodation : conservé.

Réflexe à la lumière : très diminué.

Réflexe rotulien : négatif des deux côtés.

Réflexe achilléen droit : aboli.

Quelques troubles de la notion de position : très instable dans l'obscurité.

Donc, nettement : tabès incipiens.

Wassermann positif.

2° Bruit aortique claqué, sans souffle ; mais, parfois, crises dyspnéiques suggérant l'idée d'une aortite possible.

Deux autres enfants sains. Pas de fausse-couche.

Les auteurs pensent que l'origine hérédo-syphilitique du vitiligo est très vraisemblable et croient que, dans tous les cas de vitiligo elle persiste. Il serait utile de rechercher les stigmates de syphilis chez l'enfant et chez les parents.

A propos de ce cas, M. Millian dit qu'il est convaincu non seulement de l'origine syphilitique du vitiligo, mais de sa *nature* syphilitique.

Lorsqu'on la cherche, dit-il, on surprendra le vitiligo au début de son évolution, ou à l'avènement d'une plaque nouvelle ; on constate que la leucodermie est précédée d'une lésion érythémateuse en nappe analogue à certaines léprides. Ces lésions érythémateuses sont d'ailleurs très légères et passent le plus souvent inaperçues du malade. Il est vraisemblable qu'il s'agit de syphilides érythémateuses tertiaires frustes, quoique très étendues en surface et comparables aux roséoles qui laissent à leur place des leucodermies, telles que la syphilis pigmentée du cou.

La luecodermie apparaît ainsi comme une « cicatrice » (bien qu'il n'y ait pas atrophie à la peau).

La mélanodermie apparaît, au contraire, comme la zone d'extension, car lorsque les lésions érythémateuses débutent, le noyau est mêlé de colorations pigmentaires.

L'histologie pourrait peut-être y déceler quelques amas cellulaires périvasculaires, comme on en observe

dans la zone pigmentaire, dans la syphilis pigmentaire du cou, et, encore il est possible quelquefois de les mettre en évidence cliniquement en provoquant dans cette zone pigmentée une réaction inflammatoire sous l'influence d'une injection de Salvarsan (réaction d'Herxheimer.

Merlen et Leblanc. (Société Médicale des Hôpitaux, 22 mai 1914.)

Le auteurs rapportent l'observation d'un malode atteint de vitiligo généralisé avec des signes d'Argyll.

Robertson. Comme seul signe anormal : c'est le vitiligo qui incite à rechercher une syphilis antérieure.

Étienne (Société Médicale des Hôpitaux, 29 mai 1914). Observation d'un jeune homme de vingt ans, porteur d'une hémiplégie droite remontant à l'enfance et chez lequel on constate un vitiligo généralisé.

De plus, crises d'épilepsie présentant tous les caractères de l'épilepsie essentielle.

Il s'agit donc ici d'un cas d'association d'hérédo-syphilis et de vitiligo.

Koury. (Société Médicale des Hôpitaux, juillet 1914, de Beyrouth.)

Deux observations que nous résumons.

La première concerne une femme de vingt ans qui a toujours eu une excellente santé jusqu'à son mariage en 1910. Arrivée au quatrième mois d'une grossesse, elle remarque sur le corps de son mari une éruption que celui-ci déclare être syphilitique. Elle divorce et se fait avorter. Trois mois après, boutons légèrement prurigi-

neux sur une grande lèvre ; durée de 15 jours.

A cette époque elle se remarie. Trois mois après, sur le dos de la main gauche, apparition d'autres taches semblables sur le reste du corps, si bien que son mari (cette fois) divorce à cause de l'aspect disgracieux de sa femme qu'il croit atteint de lèpre.

L'examen de la malade est fait en mars 1914 ; à ce moment on constate un vitiligo généralisé, attestant d'ailleurs une symétrie parfaite : seule, la face est respectée.

Aucun trouble de la sensibilité.

Poils décolorés au niveau des plaques achromiques.

Réflexes normaux.

Aucun signe de lèpre : aucun renflement sur le trajet des nerfs cubitaux, pas de troubles trophiques.

Wassermann très fortement positif.

La ponction lombaire n'a pas été faite, la malade s'y étant refusée.

Dès le début, le traitement mercuriel institué fit palir les plaques vitiligineuses ; puis la malade fut perdue de vue.

La seconde concerne un malade de 50 ans avec vitiligo très étendu datant de 10 ans.

Quinze ans auparavant il avait eu un chancre avec polyadémite. Aucun autre signe cutané ou muqueux de syphilis.

Aucun signe de lèpre.

Wassermann très fortement positif.

Cette double observation en faveur de l'origine syphi-

litique du vitiligo présente un certain intérêt surtout dans le pays où on a pu l'observer à cause de la fréquence de la lèpre, maladie essentiellement achromatogène. D'autre part, on sait que la lèpre est une des affections où la réaction de Wassermann, est le plus fréquemment positive : aussi certaines difficultés pour le diagnostic entre le vitiligo lépreux et le vitiligo syphilitique ; et on sait qu'autrefois une grande valeur semiologique était accordée au vitiligo en matière de lèpre. En effet, en Syrie et en Palestine, on désignait sous le même nom la lèpre et le vitiligo.

Et, à côté de la pathogénie lépreuse du vitiligo, l'auteur attire l'attention sur la pathogénie syphilitique.

On ne peut guère se baser sur la réaction du Wassermann dans les cas difficiles, et, seules, les preuves cliniques doivent être recherchées. Voici celles qu'indique l'auteur.

Les taches vitiligineuses de la lèpre mettent de très longues années à évoluer, à s'étendre et acquièrent exceptionnellement les dimensions de taches vitiligineuses syphilitiques.

Les taches achromiques de la lèpre avec leurs contours hyperchromiques présentent très rarement l'intensité de dépigmentation et de coloration des taches de vitiligo syphilitique.

Dans la lèpre, pendant de longues années, les taches vitiligineuses conservent un fond sale qu'elles n'ont pas dans le vitiligo syphilitique.

Enfin, il est exceptionnel, surtout à une phase avancée, que les taches achromiques de la lèpre ne présentent pas de troubles sensitifs, particulièrement de la dissociation syringomyélique de la sensibilité, alors que la sensibilité est absolument normale dans le vitiligo syphilitique.

Dans la lèpre aussi on rencontre un ensemble de symptômes variés qui manquent totalement dans le vitiligo syphilitique : lépromes, rhinite à coupes et sécrétions si riches en bacilles de Hansen, chute des poils, des sourcils, etc., pour la lèpre tuberculeuse.

Troubles trophiques, maux perforants, brûlures, renflements des cubitaux dans la lèpre nerveuse ou mixte.

Alors que le vitiligo syphilitique est souvent l'unique manifestation d'une syphilis héréditaire ou acquise en activité, le vitiligo lépreux n'est en général qu'un phénomène secondaire, accompagnant des accidents plus anciens, plus graves, plus mutilants, d'une lèpre en évolution.

L'épreuve du traitement ne paraît pas avoir une très grande valeur, bien que, dans un cas de M. Darier, elle ait donné un résultat remarquable à plusieurs traitements hydragyriques, début net des améliorations partielles, aussi chez le malade de la première observation rappelée ci-dessus.

P. Delacour. Thèse, Paris, 1914. Sur les rapports du vitiligo avec syphilis et hérédo-syphilis.

Les conclusions sont les suivantes : grand rôle de la syphilis dans la pathogénie du vitiligo, mais il ne

faut pas généraliser. Rôle très probable du système nerveux, mais pas établi absolument.

Enfin, il rapporte les observations du vitiligo, en particulier certaines formes juvéniles, où la cause peut être rapportée à une syphilis héréditaire. (Cela est très possible car Gaucher et Chiray ont montré l'apparition de troubles pigmentaires cutanés au cours de syphilis héréditaires.

Merklen. (Société Médicale des Hôpitaux, juin 1917.)

Première observation : Homme de 43 ans avec aortite chronique. Cliniquement, assourdissement du premier bruit, dilatation de l'aorte qui se sent au creux sus-sternal et battements cervicaux.

Radioscopiquement, l'aorte ascendante déborde à gauche du sternum dans la position couchée, et la partie supérieure de la crosse apparaît renflée et saillante en avant et à gauche dans l'examen oblique antérieur droit pratiqué debout.

Vitiligo au cou, nuque, ventre, aisselle, aine, apparu depuis deux ans.

Antécédent syphilitique : négatif.

Aucun autre signe de syphilis, ni cutané, ni nerveux.

Réaction de Wassermann : négative.

Deuxième observation. — Homme de 30 ans, avec vitiligo généralisé datant de 10 ans.

Vient consulter aussi pour nne aortite chronique, cliniquement et radioscopiquement décelable aux crises dyspniques et crises d'Angor légères.

Réaction de wassermann très positif.

Donc dans les deux cas, aortite associée au vitiligo.

L'auteur pense cependant à une pathogénie différente et il conclut que, en fait de vitiligo, la syphilis peut, mais ne doit pas être toujours incriminée.

Mais il doit inciter à rechercher la syphilis ; on peut, il est vrai, objecter que, il évolue chez les syphilitiques sans dépendre lui même de la syphilis.

M. Brocq rappelle alors qu'il a déjà attiré, comme nous l'avons signalé, l'attention sur la fréquence de la syphilis dans les antécédents du vitiligo, mais que, dans d'autres cas, il a été impossible de relever le moindre signe de syphilis antérieure, acquise ou héréditaire.

M. P. Marie dit que le vitiligo et la syphilis sont deux affections fréquentes et qu'elles peuvent coexister sans qu'il y ait fatalement relation de cause à effet entre les deux. Cependant le « pourcentage de la syphilis est impressionnant ».

OBSERVATIONS

HÔPITAL LAENNEC. — *Service de M. Barié.*

M. D... âgé de 54 ans, marchand de meubles, entré le 27 janvier 1918, salle La Rochefoucault, lit n° 7. Ce malade entre à l'hôpital pour douleurs.

A. M. mère morte bacillaire.

A. P. rougeole dans l'enfance, à 18 ans spécificité, chancre sur la verge, n'a pas été soigné, roséole, leucoplasie buccale, 4 ans plus tard traitement à l'hectine, depuis trois ans aucun traitement.

Quelques grosses, bronchite, tousse chroniquement, surtout l'hiver.

M. A. Depuis le 22 janvier, douleurs par crises dans la région lombaire et dans l'abdomen (sur le trajet des urètres) avec irradiation dans les testicules. Pendant des crises, le malade n'urine que quelques gouttes. Pas d'hématuries.

Actuellement polyurie et pollakyurie. Parfois sensation du doigt mort. Epitaxis légère. Crampes dans les mollets.

Pas de bourdonnements aux oreilles. Troubles visuels. Cyesthésies. Pas de démangeaisons. Pertige. Céphalée fréquente Dyspnée d'effort,

EXAMEN. — *Vitiligo* : A la partie moyenne du cou existe un pli cutané. Au-dessus de ce pli la peau est beaucoup moins pig-

montée qu'au-dessous du pli et, de plus, il y a quelques taches disséminées sur la partie supérieure du thorax.

Albuminurie importante. Pas d'œdèmes. Leucoplasie buccale et linguale abondante.

Appareil respiratoire : examen négatif.

Appareil circulatoire : souffle cystolique râpeux au foyer aortique. Pas de frémissement cataire, souffle systolique au foyer initial avec propagation dans l'aisselle. Deuxième bruit accentué au foyer aortique.

Dans la région mésaventriculaire, peut-être une ébauche de galop.

Tension : maxima, 30 ; minima, 14.

Déformation pupillaire droite.

Pas d'Argyll.

Réflexe rotulien : à droite, normal ; à gauche, un peu vif.

Achilléens : conservés.

Babinski : en flexion.

29 janvier. — Le malade ne dort pas de la nuit, se plaint de douleurs abdominales et lombaires.

30 janvier. — Le malade prend 20 grammes d'huile de ricin, se lève pour aller à la selle ; est pris d'un malaise avec sueurs froides et pouls un peu petit. Quelques heures après, le malade semble mieux.

31 janvier. = Le malade est décédé dans la nuit à 0 h. 30.

Wassermann : négatif.

Température : oscille autour de 38°.

Urine : 1 litre à 1litre 500.

Albumine : quantité notable.

Pas de sucre.

Autopsie : Cœur gros (Poids cross aortique : 900 grammes)

Cœur droit : normal.

Paroi du ventre gauche : 2 cent. 1/2.

Valv. aortique et nitrales : normales.

Aorte large présente au niveau de la crosse un anévrisme

disséquant. Il existe un petit orifice qui met la lumière de l'aorte en communication avec une vaste poche située entre les tuniques interne et externe.

La tunique externe, à son tour, est perforée et met l'anévrisme en communication avec le médiastin. Les deux perforations des deux tuniques ne correspondent pas.

Le médiastin est rempli de sang liquide et de gros caillots en grande quantité (3 ou 4 litres).

Pas de lésions pulmonaires : atélectasie du poumon gauche.

Reins : 200 et 220 gr. (gros et blancs).

Hôpital Necker. — *Service de M. le docteur Rénon.*

E..., âgée de 58 ans, cuisinière, entrée en février 1918, salle Huchard, lit n° 10.

La malade entre à l'hôpital pour une légère bronchite subaiguë le 28 février ; elle en sort guérie le 7 mars 1918. Cette malade qui est restée très peu de temps à l'hôpital pour une affection peu grave présente un vitiligo caractérisé, intéressan, à étudier, car elle est également syphilitique.

Antécédents personnels. — Femme bien portante dans sa jeunesse. Toutefois, avant la puberté, elle a eu des douleurs assez vives au niveau des tibias et se plaignait souvent d'avoir des boutons. Ces accidents disparurent avec l'apparition des premières règles à 17 ans : la ménopause eut lieu à 51 ans.

Il y a 14 mois, cette femme fit une première bronchite qui dura cinq mois.

Cette année enfin elle eut à nouveau une bronchite dont elle est complètement guérie.

En ce qui concerne l'apparition du vitiligo précité, la malade n'a pas de souvenirs très précis. Toutefois, elle affirme n'avoir rien présenté d'anormal à ce sujet jusqu'à l'âge de 34 ans. A cette époque elle eut un chagrin considérable à la suite de la

mort de son frère ; un ou deux ans après, la malade se souvient parfaitement que son vitiligo était très net ; mais elle ne se rappelle pas exactement quand cela a commencé, et on ne semble pas être en droit d'affirmer un rapport de cause à effet entre la commotion nerveuse et l'affection cutanée de la malade. Toujours est-il que rien d'autre dans les antécédents remémorés ne peut être invoqué pour expliquer l'origine de ce vitiligo.

La malade a remarqué que, depuis longtemps, les taches se sont plus accentuées l'été que l'hiver. Mais leur superficie et leur nombre reste invariables, ainsi que les rapports réciproques entre les zones d'hyper et d'hypopigmentation.

Actuellement. — On se trouve en présence d'une malade présentant du vitiligo en plusieurs endroits du corps, ou qu'elles se trouvent les taches sont toujours de deux sortes : les unes blanchâtres, plus claires que la peau normale ; les autres brunâtres plus foncées que la peau normale.

Toujours le système pileux est conservé, ainsi que la sécrétion et la sensibilité. Le passage à la teinte normale se fait d'une façon dégradée à certains endroits, brusque à d'autres.

Siège des taches. — Nuque : 1° Dépigmentation du cuir chevelu sur 5, 6 centim., jusqu'à la racine des cheveux.

2° A la racine des cheveux ; ligne d'hyperpigmentation, plus large à droite qu'à gauche.

3° Zône blanchâtre à la hauteur de l'apophyse épineuse de la 7e cervicale.

4° Hyperpigmentation dans la région recouvrant les bords du trapèze surtout marqué à droite.

Cou ; 1° Grande zone d'hyperpigmentation s'étendant des bords du trapèze à la ligne médiane qui est traversée de part et d'autre.

2° Dépigmentation : *a*) En haut et à gauche de l'extrémité supérieure du cartilage thyroïde, tache grosse comme une pièce de 1 franc.

b) A 1 centimètre sous la précédente, contre le bord interne du sterno-cleido-mastoïdien gauche, tache de la grosseur d'une pièce de 50 centimes.

c) Au-dessus de la fourchette sternale, entre les deux chefs sternaux des muscles sterno-cleido-mastoïdiens, tache triangulaire à base supérieure de 3 cent.

Membres supérieurs. — Droit. — Pli du coude : 2 taches blanches avec hyperpigmentation périphérique.

Poignet : Vitiligo ou bracelet.

Main : Les taches du poignet s'étendent sur la main.

Gauche. — Rien au pli du coude.

Vitiligo au poignet et à la main, mais moins marqué qu'à droite.

Membres inférieurs. — Droit. — Légère tache de vitiligo au creux poplité.

Gauche. — Pas de vitiligo.

Ulcération de 1 cm. environ au niveau du 1/3 inférieur de la jambe, partie postéro-externe. Cet ulcère existe depuis 1914. Avant cette époque, il y avait là une petite grosseur comme une tête d'épingle depuis 1910.

Cette altération a fait penser à la spécificité.

Le wassermann est positif.

Pas de leucoplasie commissurale ou linguale.

Pas d'inégalité pupillaire et tous les réflexes conservés ; mais la syphilis, quoique non avouée et ignorée, peut être tenue pour certaine, puisque le wassermann est positif, aussi peut-on se demander si cette syphilis existant chez une femme n'ayant aucune tare organique du système nerveux, et chez laquelle on ne peut relever qu'une émotion très antérieure à l'apparition du vitiligo, n'a pas été la cause, ou tout au moins une des causes de ce vitiligo.

HÔPITAL NECKER. — *Service de M. le Dr Renon*

Mme P..., âgée de 31 ans, femme de ménage, entrée le 20 novembre 1917, salle Huchard.

La malade entre salle Huchard le 20 novembre 1917, à la suite d'une crise d'épilepsie essentielle, survenue la veille dans la rue.

Quelques instants après son entrée, elle présente une nouvelle crise qui ne laisse aucun doute sur le diagnostic.

La malade nous apprend que la première crise remonte au mois de juin 1917, à la suite d'une très violente discussion, et que, depuis cette époque, elle en a environ une par semaine. En même temps elle dit avoir beaucoup maigri et perdu des forces ; accuse une céphalée persistante et la chute de ses cheveux et se plaint de douleurs en ceinture à la base du thorax et de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

L'examen général de la malade nous montre d'une part le vestige d'une rétinite double qu'elle dit avoir eue à l'âge de 9 ans et, d'autre part l'existence d'un vitiligo qui occupe en *ceinture* la partie supérieure de l'abdomen au-dessus de l'ombilic, au niveau de la région épigastrique.

La malade ne peut préciser depuis quelle époque exactement est apparu ce vitiligo, qui date de plusieurs années.

Il est constitué par une zone d'environ 5 cm. de hauteur de dépigmentation formant une véritable ceinture autour du tronc, limitée par les bords plus foncés que la peau normale. On ne trouve aucune tache de vitiligo sur tout le reste du corps.

Ce vitiligo associé aux autres troubles qu'avoue la malade nous oriente vers la syphilis et nous invite à la rechercher.

L'interrogatoire nous apprend qu'elle a eu 7 grossesses, dont 3 fausses couches.

1° Enfant vivant bien portant ;

2° Fausse couche de deux mois ;

3° Fausse couche de deux mois 1/2 ;

4° Enfant à terme, mort à 3 mois, de convulsions ;

5° Enfant à terme, mort à deux ans, de méningite ;

6° Fausse couche de deux mois ;

7° Enfant à terme, mort à six mois, de méningite.

Les antécédents héréditaires et collatéraux ne signalent rien d'intéressant.

Examen des divers appareils. — A. respiratoire : Rien.

A. Cardio-vasculaire : 2° bruit aortique un peu claqué.

Pouls à 76 ;

Tension maxima, 17 ;

Tension minima, 9.

A. digestif, rien ;

A. urinaire, rien dans les urines.

Système nerveux :

Pas de troubles moteurs ;

Pas de troubles sensitifs objectifs, mais la céphalée est presque constante ;

Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs ;

Réflexes achilléens et rotuliens abolis ;

Pas de troubles de la pupille (ni myosis, ni inégalité pupillaire, réactions conservées).

Le wassermann dans le sang fait à l'Institut Pasteur est positif.

CONCLUSIONS

Les trois observations que nous avons rapportées sont en faveur de la pathogénie syphilitique du vitiligo. Dans ces trois cas en effet, la syphilis des sujets est incontestable. Dans les deux derniers cas c'est le vitiligo associé aux autres troubles présentés par les malades qui nous a orientés vers la syphilis et nous a invité à la rechercher.

Cependant nous nous garderions bien de généraliser, car manifestement il existe des vitiligos dans lesquels la syphilis ne peut être incriminée ; Soit qu'il soit impossible de décéler la moindre trace de syphilis chez des sujets présentant du vitiligo, soit que le malade ait contracté la syphilis alors qu'il présentait antérieurement du vitiligo.

Aussi nous ne prétendons pas conclure que vitiligo égale syphilis ; Mais nous estimons que chaque fois que du vitiligo est constaté chez un malade il y a lieu de considérer comme possible la nature spécifique de cette affection : Nous estimons que dans ce cas il est indispensable de pratiquer la réaction de Wassermann et nous sommes convaincus que cette réaction sera positive dans une très forte proportion des cas.

Vu :
Le Président de Thèse,
Ch. ACHARD.

Vu :
Le Doyen
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Balzer et Boyé. — Dermatite bulleuse chronique localisée aux mains, à la face et au cou avec vitiligo et sclérodermie symétrique. *Société Française de Dermatologie syphiligraphie*, 4 février, 1909.

Balzer et Galliot. — Contribution à l'étude du vitiligo syphilitique (Soc. de D. et S. 2 juillet 1914. p. 357).

Ballet et Baner. — Vitiligo et Tabès : *Revue neurologique*. 1902, p. 154.

Bralez. — Vitiligo et syphilis. Thèse Paris 1919.

Brocq. — Traité élémentaire de Dermatologie pratique 1907.

Bulkley. — Archives of dermatology, 1879.

Chabrier. — Etude sur le vitiligo. Thèse Paris, 1880.

Crouzan et Foix. — Vitiligo et Hérédo-syphilis *Société Médicale* des Hôpitaux, 1er mai 1904, page 180.

Danlas. — Vitiligo avec taches d'aspect insolite et érythème induré. (Bull. de S. F. de D. et S. 10 décembre 1896, p. 587).

Danlas et Déhéram. — Pelade et vitiligo. Bull. de S. F. de D. et S. 1er mars 1906.

Darier. — Précis de Dermatologie.

Delacour. — Thèse Paris, 1914.

Déjerine. — Archives de physiologie, 1881.

Du Castel. — Leucoplasie buccale chez un malade atteint de vitiligo. (Bull. de la S. F. de D. S., 11 février 1892, p. 71). Pelade et vitiligo. (Bull. de la S. F. de D. S. 5 mars 1903).

ÉTIENNE. — Vitiligo, Epilepsie et Herédo-syphilis. *Société médicale* des Hôpitaux. 29 mai 1914, p. 955.

FERRIO. — Vitiligo et tumeurs névrologiques centrales de la moelle. (*Revue neurologique* 1905, p. 283. Ann. D. et S. 1905, p. 724).

FOURNIER et DETOT. — 2 cas de vitiligo. (Bull. de la S. F. de D. et S. 1900, p. 383).

GAUCHER. — Maladies de la peau (collec. Gilbert et Thoinot, 2e édition 1917). 1° Etiologie du vitiligo. *Revue de médecine*, décembre 1900, p. 949. 2° Etiologie du vitiligo chez les syphilitiques. (Bull. de la S. de D. et S. 4 décembre 1902, p. 259).

GAUCHER, GOUGEROT et AUDEBERT. — Vitiligo et syphilis. (Bull. de la S. F. de D. et S. mai 1913, p. 259).

GAUDY et PAILLARD. — Vitiligo méta-ictérique, origine biliaires de certains vitiligos. *Société Médicale* des *Hôpitaux*, 28 février 1908.

GOUGEROT. — Vitiligo familial et hérédo syphilis. (Bull. de la S. F. de D. et S. 2 juillet 1914, p. 334).

GROS. — Les pygmentations dans la syphilis et leur rapports avec le Vitiligo. Thèse, Paris 1912.

GROSMAN. — Un cas intéressant de vitiligo, psoriasis et syphilis. *Journal de maladies cutanées et syphilitiques*, 1908, p. 501.

GRUSPAN (Mlle). — Contribution à l'étiologie du vitiligo. Thèse Paris 1907.

GUILLAIN et LAROCHE. — Paraplégie spasmodique syphilitique avec vitiligo généralisé. *Société Médicale des Hôpitaux*, 23 janvier 1914, p. 91.

HALLOPEAU et TEISSIÈRE. — Œdème éléphantiasique du scrotum avec vitiligo. *Société Française de Dermatologie et de syphiligraphie*, 2 juin 1904.

JEANSELME et CHEVALIER. — Méningopathies syphilitiques. *Revue de médecine* 1919.

KAPOZI. — Maladies de la peau.

KHOMY. — Deux cas de vitiligo syphilitique. Importance

de la pathogénie syphilitique du vitiligo dans les foyers épidémiques de lèpre. *Société médicale des Hôpitaux*, 10 juillet 1914, p. 85.

KINGSBURG. — Vitiligo ou syphilis *Journal de* « cutaneous and venereal diseases » 1912, p. 354.

LEBRUN. — Vitiligo d'origine nerveuse. Thèse Lille 1885.

LELOIR. — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse. Thèse Paris 1882.

LENGLET. — Trophonévroses.. Prat. dermt. T. IV. p. 517.

MACÉ. — Vitiligo syphilitique très étendu. *Société d'obstétrique*, 14 novembre 1904.

MARCOU. — Syphilis et vitiligo. Thèse Paris 1901.

MARIE P. ET CROUZON. — Vitiligo et syphilis. Société de dermatologie et syphiligraphie, 6 novembre 1902. Société médicale des hôpitaux, 5 juillet 1912.

MARIE (P) et GUILLAIN. — Vitiligo avec maux perforants et abolition des réflexes achilléens dans syphilis connue. (Bull. de la S. F. de D. S. mars 1902, p. 414.

MATHIAS. — De la syphilis pigmentaire. Thèse Paris 1910.

MERKLEN. — A propos de l'orifice syphilitique du vitiligo. Société médicale des hôpitaux 8 juin 1917, page 769.

MERKLEN ET LEBLANC. — Vitiligo généralisé avec signe d'Argyll. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 22 mai 1914, page 947.

MURRAI AUER. — Vitiligo et syphilis du système nerveux central. *The American Journal of the méd. science* n° 4 1917, analyse *in Presse médicale* 1918, page 316.

PAUTRIER. — Vitiligo et syphilis. Société française de dermatologie et syph. 4 juin 1914.

PAUTRIER et RABREAU. — Vitiligo chez un sujet syphilitique présentant encore des lésions érythémateuses en bordure des placards achroniques. (Bull. de la S. F. de D. et S. 2 juin 1914, p. 314). Vitiligo et syphilis. *Presse médicale* 22 déc. 1918, p. 640.

Renault. — Syphilide pigmentaire du cou étendue à toute la poitrine. Vitiligo concomitant. (Bull. de la S. F. de D. et S. 6 juin 1907).

Rey. — 2 cas de vitiligo chez des indigènes algériens. (Bull. de la S. F. de D. et S. 13 mai 1896, p. 399.

Schulmann. — Le goitre exophtalmique. Thèse Paris 1918.

Souques. — Vitiligo et signe d'argyll d'origine S. (*Revue neurologique* 1902).

Tennessan. — Vitiligo et syphilis (*Bulletin des réunions hebdomadaires des Médecins de l'Hôpital St-Louis* 1889, p. 94.

Thibierge. — Du vitiligo. *Semaine médicale,* 1891 p. 433. Sur les relations du vitiligo avec la syphilis. (Ann. de D. et S. 1905, p. 628.

Touraine. — Le vitiligo syphilitique.

Vincent. — Des méningites chroniques syphilitiques. *Paris médical,* mars 1918. Les lésions des nerfs de la base du cerveau dans le tabès. Thèse Paris 1911.

Vanhaecke et Campuchi. — Vitiligo et syphilis. *Presse médicale* 1918, page 640.

Zeleney. — Journal russe des maladies cutanées et vénériennes, juin 1914. (Ann. des maladies vénériennes 1914, p. 314).